

PROF. UMBERTO GABBI

B9 3

Anemia

NUOVO CONTRIBUTO CLINICO ALLO STUDIO DEL KALA-AZAR IN SICILIA

Estratto dal POLICLINICO, Volume XVI-M, 1909

ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE "IL POLICLINICO",
N. 219 — Corso Umberto I — N. 219

1909

All' illustre Maestro
e Collega Prof. Gabbi
l'a

PROF. UMBERTO GABBI

NUOVO CONTRIBUTO CLINICO ALLO STUDIO DEL KALA-AZAR IN SICILIA

Estratto dal POLICLINICO, Volume XVI-M, 1909

ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE "IL POLICLINICO",

N. 219 — Corso Umberto I — N. 219

1909

Proprietà letteraria



Nuovo contributo clinico allo studio del kala-azar in Sicilia

Terza comunicazione del prof. UMBERTO GABBI (1).

In questa mia terza comunicazione sul Kala-azar avrei dovuto dare per esteso le storie cliniche dei casi sommariamente descritti nella prima, ma non mi è possibile a causa di forza maggiore (2). Riferisco invece quelle di altri che avevo già da tempo incominciato a studiare e che solo ora ho potuto condurre a compimento. Una di esse riguarda un giovane di 18 anni che fu per tre mesi accolto nella mia clinica (3). Il reperto della malattia in un giovane mi pare assai importante dal punto di vista scientifico, non solo perchè dimostra che anche in Sicilia vi sono casi nell'adulto come in tutti i paesi caldi dove si osserva la forma clinica in esame, ma anche perchè esso serve ad un giudizio differenziale tra la forma apiretica e la febbrile della cosiddetta anemia splenica infantile pseudoleucemica. Poichè chiaro apparisce che se nelle forme apiretiche non si riscontraassero i corpi di Leishmann-Donovan, allora le due varietà dovrebbero essere nettamente staccate inquantochè si tratterebbe di due malattie diverse. Epperchè nemmeno dovrebbero essere modificate le nozioni correnti sull'etiologia dell'anemia splenica infantile pseudoleucemica che non si potrebbe ancora con piena sicurezza dire infettiva.

Prima del resto di esporre alcune considerazioni a questo riguardo e di additare le lacune esistenti nello studio del tema passo ad esporre le storie cliniche dei nuovi casi osservati.

I. STORIA CLINICA. — A... R..., di anni 18, da Barcellona Pozzo di Gotto, contadino, celibe.

Nulla nei precedenti ereditari dell'infermo. Nessun dato di rachitismo o sifilide nei genitori.

(1) La prima uscirà nel Centralb. f. Bakteriöl. al quale fu mandato nel dicembre 1908.

(2) Il terremoto, colla casa distrusse anche la mia biblioteca.

(3) Ho in osservazione un altro caso in un uomo di 50 anni. La diagnosi clinica è sicura, ma mi manca il reperto splenico perchè l'interessato non intende di farsi pungere.

Non ha fratelli.

Nato bene, ebbe da piccino a soffrire di disturbi lievi delle vie digerenti e di eczemi del cuoio capelluto. Non ammalò delle comuni malattie esantematiche, ma talvolta soffrì di epistassi. Lavorò nei campi e visse discretamente perchè figlio di coloni in buone condizioni finanziarie. Non abusò di vino: non fu onanista.

La malattia che lo colpì ebbe principio nell'estate del 1907. Lo assalirono delle febbri, che ora venivano col freddo, ora no, e che si allontanavano solo eccezionalmente con abbondanti sudori. Colla febbre si accompagnarono dopo qualche tempo dei disturbi delle vie digerenti: appetito scarso e defecazioni talvolta diarroiche o dissenteriche. Mai dolore agli ipocondrii. Tratto tratto qualche epistassi ed una crescente debolezza ed astenia. La cura col chinino fatta energicamente non dette alcun risultato tanto che la febbre continuò tutta l'estate e l'autunno, assumendo ora tipo intermittente, ora subcontinuo, ora irregolare. Mai disturbi da parte del sistema nervoso e respiratorio. Ai primi d'inverno cominciò a provare cardiopalmo ed affanno nel muoversi o nel salire le scale e comparve un lieve edema perimalleolare. Entrò in clinica il 16 febbraio 1908.

Esame obiettivo. — Statura proporzionata all'età, costituzione scheletrica un po' gracile, nutrizione scaduta, pelle assai pallida e così le mucose visibili: polso piccolo e frequente, respiro un po' frequente: temperatura febbrile (38.3 al mattino dell'esame).

All'esame del *capo*, nessuna lesione al cranio e cuoio capelluto. La faccia esprime una notevole emaciazione. Occhi profondi incavati con movimenti dei bulbi normali, con pupilla ampia ben reagente ai vari stimoli, sclerotica cerulea. Visione normale. Bocca regolare, denti bene impiantati e sani, gengive tumide, lingua leggermente sporca, umida; nulla alle fauci. Masticazione e deglutizione normali. Sensi specifici integri.

Al *collo*: nulla di abnorme se si eccettui un tipico rumore venoso sulle iugulari.

Al *torace*: nulla a carico dei polmoni; quanto al cuore nessuna lesione organica, ma soffio anemico su tutti i focolai, specialmente forte sulla polmonare.

All'*addome*: già all'ispezione si rivela un discreto aumento di volume, specie nei due quadranti superiori. La parete addominale, mobile col respiro, non presenta rete venosa, ma lieve edema ai fianchi. Al palpamento non si suscita dolore in alcun punto, ma la mano apprezza il margine splenico tre dita sotto la trasversa ombellicale, duro, indolente e rotondeggiante con incisure assai evidenti; la superficie del viscere è dura e liscia, l'area notevolmente ingrandita 23×15 cm. La milza è mobile nei cambiamenti del tronco. Col palpamento si apprezza anche il margine epatico regolare, tagliente, indolente sotto l'arco costale circa due dita trasverse; la superficie del viscere è liscia, indolente; l'area ingrandita (14 cm. nel diametro verticale e 8 nel limite sinistro). Nella cavità addominale non liquido, nè tumori.

All'esame degli *arti*: nessuna nota di rachitismo. Agli inferiori lieve edema con piccole macchie di porpora.

Urine. Nulla di abnorme.

Feci. Non sangue, nè uova di anchilostomi.

Sangue. — Emoglobina 4, 1 % (v. Fl. Miesch.).

Globuli rossi 2,753,000.

Leucociti 4079.

Formula leucocitaria: normale.

La ricerca dei parassiti malarici riuscì sempre negativa; mai pigmento melanico, nè leucociti pigmentiferi.

Le sieroreazioni di Whright, di Widal, dei bacilli paratifici, di Gärtner e del « coli commune » *negative*.

Intorno a questo caso veramente singolare io debbo fermarmi. L'infermo venne accolto in clinica con diagnosi di febbre malarica. Nei tre mesi che vi restò la febbre ebbe decorso ora intermittente, il più spesso sub-continuo con modici innalzamenti (39.3-39.5) e modiche remissioni (37.3-37.5), pochi i brividi dell'ascensione termica, di solito nulli i sudori. L'esame del sangue fatto ripetutamente, si può dire ogni due o tre giorni, non fece mai constatare la presenza dei parassiti malarici (1). La cura colle iniezioni di chinina, di preparati arsenico-ferruginosi, di atoxyl riuscì nulla. Ogni tanto l'infermo aveva delle gravissime epistassi. Siccome la diagnosi non appariva dover essere che quella di febbre malarica, feci praticare la puntura della milza, ma nessun parassita si rivelò. Ugual risultato in una seconda, fatta ai primi di maggio. Parte dei vetrini preparati col liquido di Nikiforoff furono conservati e dopo qualche tempo vennero, insieme ad altri di bambini con splenomegalia febbrile, colorati col liquido di Laveran, e si ebbe nettissima la presenza di numerosi corpi di Leishman-Donovan. Si trattava quindi di Kala-azar. Il giovine è morto il 20 febbraio ultimo scorso, ma al mio assistente dottor Spagnolio non fu dalla famiglia permesso di praticare la necropsia.

La malattia adunque non si riscontra fra noi solo nei bambini, ma anche negli adulti, come del resto era ben logico potesse avvenire.

II. STORIA CLINICA. — N... A..., di anni 3, di Capo d'Orlando (Messina).

I genitori sono sani e robusti.

Il padre trovasi in America ed è, per affermazione del medico, robusto ed immune da sifilide. Madre sana e robusta. Non vi è eredità di rachitismo. Fratelli sani.

La malattia cominciò or sono circa 14 mesi. Fu quasi unicamente costituita dalla febbre, la quale veniva con brividi e rimetteva or sì or no con sudori. Tratto tratto disturbi intestinali diarroici. Contro la febbre, ritenuta malarica, dato l'ambiente, furono usati tutti i preparati di chinino, compreso quello per iniezione. Non se ne ebbe alcun giovamento e nemmeno da cure arsenico-ferruginee. Colla febbre una crescente grave anemia e la presenza di una notevole tumefazione della milza, che sembrò al valente Medico curante giustificatrice della diagnosi. Le forze decadde e così la nutrizione. Nel passato dicembre periodo di apiressia piuttosto lungo. Poi riprese a periodi la febbre.

Esame obbiettivo. — Costituzione scheletrica e statura regolari: emaciazione discreta, pallore della pelle e delle mucose notevolissimo. Polso piccolo, debole e frequente; respiro un po' frequente: temperatura febbrile con brevi intervalli di apiressia. (La febbre durante la malattia assunse ora tipo intermittente con brivido iniziale forte e remissione con sudore; ora il subcontinuo ed ora irregolare. Il massimo raggiunto fu a quanto affermarono i dottori Spagnolio e Coniglio il 40.5).

(1) Risulta da ricerche fatte, e che ripeterò, che i parassiti malarici si trovano più numerosi nel sangue periferico dalle 18 alle 6 del mattino.

All'esame del *capo*: nessuna anomalia nelle ossa craniche. Faccia atteggiata a sofferenze. Fronte ristretta; occhi incavati con movimenti bulbari completi e sinergici; pupille a reazione normale alla luce; sclerotiche cerulee. Bocca regolare con labbra pallide; denti sani e bene impiantati, gengive tumide, lingua umida; fauci normali. Nessun disturbo alla masticazione e deglutizione.

All'esame del *collo*: qualche ganglio linfatico snodato, indolente e rumori venosi.

All'esame del *torace*: apparato respiratorio e cardiaco sani. Sui vari focali soffio anemico intenso, specie sulla polmonare.

All'esame dell'*addome*: forma tendente alla ovoidale con volume aumentato. La parete non presenta nè sviluppo di rete venosa, nè edema. Al palpamento esso si rivela indolente e cedevole; il margine splenico si incontra duro, rotondeggiante, indolente e con manifeste incisure sotto l'arco costale fin presso la ombellicale trasversa; la superficie del viscere è dura, indolente e l'area notevolmente aumentata (18×13 cm.). Il margine epatico regolare e tagliente si apprezza $4\frac{1}{2}$ cm. sotto l'arco costale: il diam. vert. misura 10 cm., il limite sin. cm. 6.

Nel resto dell'ambito addominale nè tumori nè liquido. Non gangli tumefatti all'inguine.

Arti. — Nessuna traccia di rachitismo. Edema lieve agli arti inferiori.

Feci. — Non sangue, nè uova di anchilostomi.

Urine. — Nessun elemento anormale.

Sangue. — In questo caso furono fatti dal dott. Spagnolio — nella qualità di delegato antimalarico — numerosissimi esami del sangue per certificare la diagnosi di malaria, vista l'assoluta resistenza al chinino. Ma il dottor Spagnolio non riuscì mai a trovare nè un parassita nè un granulo di pigmento nè alcun accenno alle classiche alterazioni del sangue della malaria cronica.

Furono negative le siero-diagnosi di Whright, e dei bacilli tifici e paratifici.

All'ultimo esame fatto dal dott. Spagnolio si ebbero i seguenti dati:

Emoglobina 5.6 % (v. Fleis.-Miexier);

Globuli rossi 2,931,747;

Globuli bianchi 5890.

Non fu permessa nè la puntura della milza nè quella del fegato. Furono allestiti numerosi preparati del sangue periferico ma non si ebbe alcun risultato positivo col liquido di Laveran e Romanowsky (1).

III. STORIA CLINICA. — G... C..., di anni $3\frac{1}{2}$, di Bordonaro (Messina).

Non vi è nè lue, nè precedenti di rachitismo nei genitori e negli avi.

Il padre è uomo robusto, la madre pure. Vi sono altri figli che godono buona salute.

La malattia data da circa 13 mesi. Cominciò con una febbre prima lieve e ad andamento sub continuo così da essere ritenuta come una forma tifoidea. Veniva spesso con brividi, con accenno talvolta al tipo intermittente. Alla febbre si associarono talvolta lievi disturbi diarroici e quindi seguì una crescente anemia associata a tumefazione del ventre. La febbre cadeva per alcuni

(1) Ho potuto pungere la milza il 21 marzo trovandomi a Capo d'Orlando. Allestiti vetrini con succo disteso a strato sottile. Furono rinvenuti colla colorazione col Giemsa i corpi di Leishman dal mio assistente Dott. Visentini.

giorni durante i quali l'infermo sembrava rimettersi, ma poi ritornava ora più ed ora meno alta. Fu usato generosamente il chinino, ma inutilmente. Io vidi questo soggetto solo ambulatoriamente in Clinica.

Esame obiettivo. — Sviluppo scheletrico regolare, nutrizione scaduta, pelle pallida e poco elastica, mucose visibili profondamente scolorate. Polso piccolo e frequente; respiro tranquillo e superficiale: temperatura febbrile. (Essa ebbe ed ha un andamento ora intermittente, ora sub-continuo ed ora irregolare come ebbe a riferirmi il valente dott. Castronovo che è curante della famiglia).

All'esame del *capo*: nessuna anomalia di conformazione del cranio. Non deficienza intellettiva, nè sofferenze. La faccia, pallida assai, non è conformata a particolare espressione, nè rivela profonda emaciazione. Tratti fisionomici regolari. Occhi con movimenti regolari e completi: sclerotiche cerulee: pupille reagenti ai vari stimoli. Vista normale. Bocca regolare, labbra e gengive pallide: denti sani e bene impiantati. Nulla alle fauci. Sensi specifici integri.

All'esame del *collo*: solo da segnalare rumori venosi.

All'esame del *torace*: apparato respiratorio sano: nessuna modificazione volumetrica del cuore ed all'ascolazione si rivelano su tutti i focolai soffi anemici.

All'esame dell'*addome*: volume notevole con forma tendente alla ovoidale: ipocondrio sinistro più rilevato del destro. Parete addominale con pelle pallida e tesa e senza angiectasie venose.

Al palpamento si constata il margine anteriore della milza, duro, rotondo, indolente e con incisure evidenti tre dita sopra il pube: il viscere presenta superficie liscia, dura, indolente ed è spostabile agli impulsi della mano e nei cambiamenti di posizione del tronco.

L'area è assai ingrandita (22×14 cm.).

Il margine epatico si apprezza tagliente, regolare, indolente due dita sotto l'arco costale: esso è mobile col respiro. L'arca si rivela ingrandita (diam. vert. 11 e limite sin. 7 cm.: questo incontra l'ottusità splenica).

Nel resto del ventre nè resistenze, nè liquido, nè dolorabilità. Agli inguini (come alle ascelle) non gangli tumefatti.

Arti. — a) superiori: sottili; b) inferiori: lieve edema ai malleoli. Non segni di rachitismo.

Urine. — Nulla di anormale.

Sangue. — Furono ottenuti colla conta i seguenti risultati (ottobre 1908):

Emoglob. 5,7 %.

Globuli rossi 2,423,000.

Leucociti 5685.

All'esame a fresco non parassiti, nè tracce di pigmento melanico, nè leucociti pigmentiferi, non globuli rossi ottonati. Le siero-reazioni negative per il m. melitense e per i bacilli tifici e paratifici. Non fu lasciata pungere la milza. Nei numerosi preparati di sangue periferico risultato negativo. Fatto questo che non deve recare meraviglia perchè si sa che i parassiti di Leishman-Donovan non si trovano che eccezionalmente nel sangue (1).

Il non addurre il reperto dei caratteristici parassiti del Kala-azar per non aver potuto praticare la puntura del fegato e della milza, non toglie affatto importanza dimostrativa alla diagnosi. Questa riposa anzitutto sulla

(1) Ognuno sa che anche quando i malati stanno in Clinica non è facile persuaderli ad una puntura splenica. Le difficoltà e le responsabilità sono maggiori nei malati veduti ambulatoriamente.

sindrome e sulla impossibilità di sostituirla un'altra che abbia miglior fondamento, data l'assenza dei parassiti malarici ed i risultati negativi delle siero-diagnosi di Whright e Widal. Si aggiunga che un caso, eguale nella sindrome a quelli che vanno come varietà febbrile nell'anemia splenica infantile pseudo-leucemica e nei quali trovai i noti parassiti, si è verificato là dove additai la esistenza di minuscoli focolai endemici della malattia. Fatto questo che mi sembra assai importante e tale da lasciare l'animo completamente sgombro da dubbi sulla esattezza del diagnostico.

* * *

Esposte così, con la dovuta ampiezza, le storie cliniche dei nuovi casi osservati, io intendo nuovamente di ritornare sui caratteri differenziali tra anemia splenica infantile pseudoleucemica e Kala-azar ed additare alcuni punti del problema diagnostico e curativo che richiedono una larga cooperazione degli studiosi.

Intanto debbono essere ricordati questi due fatti:

1° che nelle regioni tropicali o calde dove domina endemico il Kala-azar si osservano casi anche nell'adulto;

2° che io ne ho osservato un caso anche in Sicilia.

Il lettore comprenderà come questo fatto sia di una grande importanza contro la identità etiologica e clinica delle due varietà, apiretica e febbrile, della anemia splenica infantile. Si dovrebbe presumere che parallelamente alla forma febbrile di Kala-azar che è costante nell'adulto, ve ne possa essere una afebbrile; ma questo non si osserva, nei paesi dove la malattia è endemica, che in maniera del tutto eccezionale. Ciò però non esclude a priori che questo debba o possa essere da noi, ma ognuno vede quanto è stretta di base una tale possibilità. In tal caso l'equivalente clinico nell'adulto dell'anemia splenica infantile non sarebbe, come del resto è già stato affermato, che la forma descritta dal Banti *l'anemia splenica pura*, prima cioè che essa dia origine alla sindrome che va col suo nome. In tal caso io sono autorizzato dal Banti ad affermare che mai egli trovò nei casi suoi i corpi di Leishman-Donovan (1). Vi è identità anatomica e clinica, ragion fatta dell'età, fra l'anemia splenica infantile e quella dell'adulto, e se in quest'ultima non sono in causa i noti parassiti vi è ogni ragione per pensare che non vi siano nemmeno nella forma infantile. A ciò condurrebbe anche il fatto che Pianese solo in quattro su undici esempi ha trovato i noti parassiti, ciò che sembrerebbe indicare che in quelli nei quali il reperto fu negativo non si trattava di Kala-azar. Il Nicolle

(1) Sono ugualmente autorizzato dal Bignami di Roma ad affermare che anche nell'*anemia perniciosa splenomegalica* da egli osservata e descritta non ha mai trovato i corpi Leishman-Donovan

in tutti i casi sino a qui studiati (1) ha avuto risultato costantemente positivo. Io in un caso della varietà apiretica, una bambina che fu due volte in clinica, ho avuto reperto negativo.

Del resto nei riguardi di questo lato del problema abbiamo altri dati da prendere in considerazione. Il primo è che nell'anemia splenica dell'adulto anche quando si è ai primordi della sindrome di Banti l'atto operativo ha condotto alla guarigione in più di un esempio, perchè si è tolto colla milza il focolaio della malattia. Ora nel Kala-azar i parassiti sono più numerosi nel fegato, epperiò si comprende come i pochi tentativi chirurgici fatti sino a qui non abbiano avuto esito fausto. Il bambino felicemente operato dal D'Antona su proposta di Fede deve essere stato un caso della vera anemia splenica infantile: almeno questo appare molto verosimile. Il secondo dato da considerare è che la infezione da parassiti del Kala-azar non è favorita da rachitismo o da sifilide, almeno questo rilievo dai trattati e dalle monografie che la illustrano. Un terzo infine è che nel Kala-azar non sono segnalate le cirrosi atrofiche che si osservano, con relativa frequenza, complicare l'anemia splenica dell'adulto.

La necessità di un'ultima parola intorno alla identità o meno delle due varietà, febbrile ed apiretica, dell'anemia splenica dei bambini (pseudoleucemica od infantile che dir si voglia) s'impone non solo dal punto di vista della conoscenza, ma anche e soprattutto negli intenti curativi. Si è proposto in passato l'intervento chirurgico in questa infezione e lo si potrebbe proporre ancora, ma bisogna assolutamente stabilire prima se si tratta della varietà febbrile, perchè in tal caso è di Kala-azar che si tratta, ammenochè non sia la varietà apiretica temporaneamente complicata da febbre. Nel primo caso eliminando la milza non si elimina affatto la malattia, è bene ricordarlo. Se, come si è da taluno affermato, le due varietà si staccano da un tronco etiologico comune, allora in nessun caso si può parlare di terapia chirurgica. Io dissento però, e ne ho date le ragioni, da questa veduta, ma ognuno vede come si imponga la necessità di ricercare nei casi apiretici dell'anemia splenica infantile i corpi di Leishman-Donovan!

E non solo dal punto di vista dell'indicazione chirurgica questa ricerca deve essere istituita, ma anche nell'interesse, ripeto, della verità scientifica. Se l'anemia splenica infantile pseudoleucemica che si osserva nei paesi del Nord è identica clinicamente ed etiologicamente alla varietà apiretica che si osserva da noi e che a Napoli si qualifica col nome di anemia splenica infettiva dei bambini; se le due varietà hanno un comune ceppo etiologico, allora non si potrà più affermare che il Kala-azar è una malattia *tropicale* come si è fatto sino a qui!

(1) Sono dieci come egli mi scriveva or non è molto.

La soluzione del problema si impone adunque sotto molteplici aspetti. I casi della malattia in esame sono poco frequenti da un lato, e dall'altro le mamme sono non poco restie a lasciar pungere la milza ai loro bambini. Ragione questa per la quale io dico che all'invocata soluzione debbono concorrere molti studiosi e specialmente i pediatri, che si trovano ad avere nei loro Istituti casi di questa malattia. Io mi sono a voce e per iscritto rivolto a parecchi di essi e fra le ragioni che mi indussero ad anticipare questa comunicazione, non ultima fu quella di un pubblico invito allo studio di un problema la cui soluzione è reclamata, ripeto, dalla scienza e dalla terapia.

E dalla scienza e dalla terapia anche per un'altra importante questione. Il quadro clinico del Kala-azar combacia quasi del tutto nel bambino come nell'adulto, con quello della malaria grave ed ostinata. Il caso che è descritto nella seconda storia clinica fu per parecchi mesi ritenuto malarico, sebbene il chinino e le cure ricostituenti non avessero giovato a nulla!

Le mie osservazioni (I e II) additano una sorgente di errore sulla quale deve essere richiamata l'attenzione dei preposti alla lotta antimalarica. Già or sono quasi due anni nella mia relazione sulla campagna antimalarica in provincia di Messina io additai un'altra causa di errore, fino allora ignorata, quella cioè di ritenere subcontinue malariche delle febbri mediterranee. Sono lieto di constatare che Casagrandi in Sardegna (1) abbia confermato quello che un anno prima io avevo già dimostrato.

Mi auguro che le ricerche si iniziino presto per compiere opera utile alla scienza ed alla umanità: alla scienza perchè potranno essere raccolti nuovi elementi alla migliore conoscenza del Kala-azar fra noi; all'umanità perchè in certi malarici — specie bambini — non si insisterà lungamente col chinino quando lo si vedrà inutile sotto qualunque forma e per qualunque via propinato e non si troveranno parassiti malarici nel sangue. Allora una puntura della milza o del fegato dovrà farsi qualora non basti la sindrome a fare la diagnosi di Kala-azar.

(1) A. CELLI. *La malaria in Italia nel 1907* (Atti della Soc. della mal., 1907).

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

DIRETTO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI | FRANCESCO DURANTE

DIRETTORE DELLA R. CLINICA MEDICA
DI ROMA

DIRETTORE DEL R. ISTITUTO CHIRURGICO
DI ROMA

con la collaborazione di altri Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

si pubblica in tre Sezioni distinte:

Medica — Chirurgica — Pratica

IL POLICLINICO

chirurgia e dell'igiene.

nella sua parte originale (Archivi) pubblica i lavori dei più distinti clinici e cultori delle scienze mediche, riccamente illustrati, sicché i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della

LA SEZIONE PRATICA

che per sé stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle scienze mediche in Italia e all'estero. Pubblica perciò numerose e accurate riviste su ogni ramo delle scienze suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono fatte da valenti specialisti.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici, speciali corrispondenze.

Non trascura di tenere informati i lettori delle scoperte ed applicazioni nuove, dei rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, dei nuovi strumenti, ecc., ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

Pubblica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni e sull'andamento dei principali ospedali.

Pubblica le disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, potendo esserne informato immediatamente, e una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Pubblica in una parte speciale tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotte vacanti, ecc.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgeranno al *Policlinico* per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica una rubrica speciale e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli verranno richieste.

IL POLICLINICO contiene ogni volta accurate recensioni bibliografiche, e un indice di bibliografia medica, col titolo dei libri editi recentemente in Italia e fuori, e delle monografie contenute nei Bollettini delle Accademie e nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

A questo proposito si invitano gli autori a mandare copia delle opere e delle monografie da loro pubblicate.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO adunque, per gl'importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia i più completi possibili e che meglio rispondono alle esigenze dei tempi moderni.

ABBONAMENTI ANNUI:

	Italia	Unione postale
1. Alla sezione medica e alla sezione pratica . . . L.	15	23
2. Alla sezione chirurgica e alla sezione pratica »	15	23
3. Alle tre sezioni insieme »	20	30
4. Alla sola sezione pratica »	10	15

Un num. separato della sezione medica o chirurgica Lire UNA

Un num. separato della sezione pratica cent. 50.



Gli abbonamenti cominciano a decorrere dal primo di gennaio

Il *Policlinico* si pubblica sei volte il mese.

Le sezioni mediche e chirurgiche in fine di anno formeranno due distinti volumi.

La sezione pratica una volta l'anno di 32 pagine.

